

RAFAEL BALSINI BARRETO

**TABAGISMO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO
ERNANI DE SÃO THIAGO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010**

RAFAEL BALSINI BARRETO

**TABAGISMO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO
ERNANI DE SÃO THIAGO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Me. Carlos Eduardo Pinheiro

Professora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila John Marques Steidle

Professora Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariângela Pimentel Pincelli

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2010

"I love the smell of TCC in the morning."

Ten.-Cel. Kilgore, acordando cedo nos finais de semana.

"May the force be with your TCC."

Yoda, recomendando seus padawans.

"That TCC was the most fun I've ever had without laughing."

Alvy Singer, claramente confundindo as coisas.

"Spartans! Ready your breakfast and eat hearty..."

For tonight, we finish the TCC!"

Leônidas, prevendo o último longo dia de pesquisa.

"Esse TCC aí não é mais meu, esse TCC aí é do aspira."

Cap. Fábio, comemorando ao acabar a 11a fase.

Para **Vó Lena** e **Vô Clóvis** pelo orgulho que têm,
e para **Vó Ângela** e **Vô Arcângelo** pelo orgulho que teriam
(e certamente têm)
do neto médico.

AGRADECIMENTOS

Aos meus inabaláveis pais, **Fernanda e Pedro**, por todo o carinho, dedicação, cumplicidade e cafés da manhã;

À **Priscyla**, minha maior companheira, por todos os momentos em que me tirou dos livros;

À **Maria Nilza** pelos lanches-surpresa de tarde;

Ao **Murilo**, amigo desde sempre e freguês no videogame;

Ao **Rafael Steinwandter**, dupla e superego, por não espalhar nem metade das minhas “queimantes” desventuras no hospital;

A todos meus colegas de turma, em especial **Déa, Luiza, Geisa, Evandro, Cabral, doutorando Gil, Altônia, Kaps, Felipe, Samuel** e, minha dupla de plantões, **Lígia**;

Aos médicos **Bruno Besen e Roberto Kinchescki**, colegas de pesquisa e anatômico, época da graduação que lembro com mais saudade;

Ao preceptor comédian **Henrique**, melhor exemplo de que em um médico cabe muito mais que medicina;

A todos que ajudaram na coleta de dados pelos finais de semana roubados: **André P. Silva, Eduardo Bergamaschi, Giselle d’Andalasia, Gláucia Heiden, Janaína Hezel, Janaína Jaques, Joice Manes, Juliana Torres, Leila Steidle, Mariângela Pincelli, Pedro M. de Oliveira, Rafael Steinwandter, Rafaella Castagna, Thaís Weber e Vanessa Ogawa**.

Às professoras **Leila e Mariângela** pela dedicação sem tamanho, pelos horários disponíveis e pela orientação presente do início ao fim desta pesquisa, incluindo sábados, domingos e feriados!

RESUMO

Introdução: Pacientes tabagistas hospitalizados compõem um grupo específico, que, oportunamente, necessita de abordagem de cessação do hábito de fumar. A prevalência e as características dessa população em hospitais brasileiros têm sido pouco estudadas.

Objetivos: Avaliar a prevalência do tabagismo e o perfil de pacientes tabagistas hospitalizados no HU-UFSC.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo transversal. Pacientes maiores de 18 anos hospitalizados há mais de 24 horas foram entrevistados em duas ocasiões distintas, maio e agosto de 2010. Dados demográficos, socioeconômicos e ligados ao perfil tabágico foram avaliados. Foi realizada análise descritiva dos resultados.

Resultados: Foram entrevistados 235 pacientes: 44 eram tabagistas (18,7%); 77 ex-tabagistas (32,8%); 114 não tabagistas (48,5%) e 109 tabagistas passivos (46,7%). Os tabagistas tinham em média $45,7 \pm 15,2$ anos e 65,9% eram do sexo masculino. A mediana da idade de início foi de 15 anos; a carga tabágica média foi de $32 \pm 30,2$ anos-maço; 81,9% tinham consumo diário de até 20 cigarros; 45,4% tinham dependência elevada ou muito elevada. A maioria (72,7%) já havia tentado cessar; 88,6% gostariam de cessar; 72,7% aceitariam receber tratamento; a minoria (29,5%) fumou durante a internação; 29,5% apresentaram síndrome de abstinência. Houve aumento dos estados motivacionais de preparação e ação de 31,8% pré-internação para 54,8% durante a internação.

Conclusões: De prevalência semelhante a dos poucos estudos brasileiros, os resultados encontrados sugerem que se trata de uma população significativa, que necessita de abordagem e que se encontra motivada à cessação do hábito tabágico durante este momento sensibilizador que é a hospitalização.

ABSTRACT

Background: Hospitalized smokers form a specific group, which demands approach towards smoking cessation. Prevalence and characteristics of this population in Brazilian hospitals have been poorly studied.

Objectives: To assess prevalence of smoking and profile of hospitalized smokers at HU-UFSC.

Methods: This is a transversal descriptive study including over 18 years old patients hospitalized for more than 24 hours. They were interviewed on two occasions, in May and August of 2010. Demographic, socioeconomic and tobacco profile data were considered. A descriptive analysis of the collected data was performed.

Results: Two hundred and thirty-five patients were interviewed, 44 were smokers (18.7%), 77 former smokers (32.8%), 114 non-smokers (48.5%) and 109 were passive smokers (46.7%). The mean age of the smokers was 45.7 ± 15.2 years old and 65.9% were male. The median age for starting to smoke was 15 years old; the mean tobacco intake was 32 ± 30.2 pack-years; 81.9% smoked up to 20 cigarettes/day; 45.4% were high or very high dependents. Most smokers (72.7%) had already tried to stop smoking before; 88.7% would like to stop; 72.7% would accept treatment; the minority (29.5%) smoked during hospitalization; 29.5% suffered nicotine withdrawal syndrome. Preparation and action motivational stages of change raised from 31.8% before hospitalization to 54.8% during it.

Conclusions: With prevalence similar to the few published Brazilian studies, the results suggest that there is a significant population of hospitalized smokers that needs approach and finds itself motivated regarding smoking cessation during this specific occasion that is hospitalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número absoluto de pacientes quanto às unidades de internação e quanto ao hábito de fumar	15
Figura 2 – Comorbidades tabaco-relacionadas na população tabagista	19
Figura 3 – Sintomas respiratórios na população tabagista	19
Figura 4 – Distribuição das doenças tabaco ou não tabaco-relacionadas entre os tabagistas internados nas diferentes unidades, em número absoluto	21
Figura 5 – Estado motivacional para cessação do hábito de fumar antes e durante a hospitalização	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais das populações estudadas (Coleta 1 x Coleta 2).....	14
Tabela 2 – Características gerais de todos os hospitalizados (Coleta 1 + Coleta 2)	15
Tabela 3 – Características gerais da população de tabagistas e nunca tabagistas	17
Tabela 4 – Características gerais relacionadas ao tabagismo	18
Tabela 5 – Características relacionadas a iniciação e cessação do hábito de fumar	20
Tabela 6 – Diagnóstico médico e a percepção do paciente tabagista quanto ao seu motivo de hospitalização	21
Tabela 7 – Características relacionadas à hospitalização	22

LISTA DE ABREVIATURAS

AIT	Ataque Isquêmico Transitório;
AVE	Acidente Vascular Encefálico;
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> ;
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10ª Edição;
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição texto revisado;
HSPE-SP	Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo;
HU-UFSC	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio;
IMC	Índice de Massa Corporal;
INCA	Instituto Nacional do Câncer;
IQR	Intervalo Interquartilico 25-75%
OMS	Organização Mundial de Saúde;
PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
EPÍGRAFE	iii
DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
SUMÁRIO	xi
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3 METODOLOGIA.....	9
3.1 Caracterização do estudo	9
3.2 Campo de pesquisa e população estudada	9
3.3 Critérios de inclusão	9
3.4 Critérios de exclusão	9
3.5 Instrumentação e coleta de dados	9
3.6 Análise dos dados.....	11
3.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	12
4 RESULTADOS	13
4.1 Dados demográficos, socioeconômicos e hábitos de vida	13
4.2 Dados gerais relacionados ao hábito de fumar	16
4.3 Dados relacionados à iniciação e à cessação do hábito de fumar	20
4.4 Dados relacionados à hospitalização.....	21

5 DISCUSSÃO	24
6 CONCLUSÕES.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
NORMAS ADOTADAS	35
APÊNDICES	36

1 INTRODUÇÃO

Ao aportar em São Salvador, nas Bahamas, em 12 de outubro de 1492, Cristóvão Colombo e seus homens receberam presentes, conforme conta seu diário. Entre eles havia frutas, objetos de madeira e alguma folhas secas que desprendiam uma fragrância distinta, que pareciam ser de grande apreço pelos nativos - os índios arauaques. Dias depois, dois jovens marinheiros, Rodrigo de Jerez e Luiz de Torres, foram designados a explorar a região e puderam observar que aquelas “folhas secas”, oferecidas pelos índios, eram usadas da seguinte maneira: após enroladas dentro de folhas de palmeira ou milho, na forma de um cilindro, eram acesas em uma ponta e os índios aspiravam a fumaça pela outra. Este relato representa a primeira vez em que se testemunhou o ato de fumar na história ocidental.¹

As folhas queimadas pelos índios, então chamadas de *cohiba*, foram levadas à Espanha e então, pouco a pouco, espalhadas pela Europa. Jean Nicot, diplomata francês em Portugal, entrou em contato com estas ervas na década de 1550 e, em 1559, descreveu suas propriedades medicinais, fazendo-as chegar até a rainha-consorte francesa, Catarina de Médici, com o propósito de ajudar nas crises enxaquecosas de seu filho. Anos depois, o gênero de planta utilizado para o fumo recebeu o nome de *Nicotiana* em sua homenagem.

A utilização da *Nicotiana tabacum* não se restringiu ao alívio das dores de cabeça da corte francesa, seu uso foi difundido em toda a Europa e seu poder chegou a tal ponto, que por muitos anos foi a principal fonte dos cofres espanhóis, holandeses e ingleses.

O fumo, porém, não precisou esperar muito tempo para encontrar inimigos. Já em 1604 o rei da Inglaterra, Jaime I, escreveu um manifesto em forma de tratado intitulado “*A Counterblast to Tobacco*”, em que descreve o fumo como sendo “...abominável para os olhos, odiável para o nariz, prejudicial para o cérebro, perigoso para os pulmões...”.² Levou-se mais 346 anos para as previsões do rei Jaime I provarem-se corretas. Em setembro de 1950, Richard Doll e Austin Bradford Hill publicaram no *British Medical Journal* o artigo “*Smoking and Carcinoma of the Lung: a preliminary report*”. Os pesquisadores iniciaram o trabalho entrevistando pacientes com câncer de pulmão em vários hospitais de Londres e descobriram que o único fator de risco em comum era o hábito tabágico, e que “...os dados, ainda que especulativamente, sugerem que, acima dos 45 anos, o risco de desenvolver a doença aumenta em proporção simples ao número de cigarros fumados, podendo chegar a

aproximadamente 50 vezes mais entre aqueles que fumam 25 ou mais cigarros diariamente, em comparação com os não fumantes”.³ Os mesmos autores, 4 anos mais tarde, publicaram o primeiro trabalho de seguimento prospectivo: “*The Mortality of Doctors in Relation to their Smoking Habits: a preliminary report*”, provando, de fato, a relação entre o fumo e o câncer de pulmão.⁴

Muitos estudos seguiram os de Doll e Hill e a relação entre cigarro e doença ficou incontestável. Além do câncer broncogênico, o tabaco atua como grande fator de risco para diversas neoplasias (lábio, cavidade oral, bexiga, rim, colo uterino, pâncreas, estômago, entre outros) e é responsável por, pelo menos, 23,9% de todas as mortes por câncer.⁵ Fumar 20 cigarros ao dia aumenta em 3 vezes a chance de infartos agudos do miocárdio (IAM) em homens e 6 vezes em mulheres,⁶ e tem efeito semelhante em relação aos acidentes vasculares encefálicos.⁷ A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) guarda ainda mais relação com o tabaco que o próprio câncer pulmonar, aproximadamente 90% dos pacientes com DPOC têm história pessoal de fumo, que é seu fator de risco mais importante.⁸

Por outro lado, a cessação leva a benefícios imediatos e a longo prazo. Já no mesmo dia pode-se notar efeitos favoráveis na frequência cardíaca e pressão arterial. Após um ano, o risco de morte por IAM cai pela metade e depois de 10-15 anos o risco se iguala ao dos que nunca fumaram, ocorrendo fato semelhante com os acidentes vasculares encefálicos (AVE). Pessoas que não fumam há mais de vinte anos têm o risco de câncer de pulmão parecido com o da população em geral, e vale lembrar que a abstinência é a única medida que pode intervir na evolução da DPOC.^{9,10}

Mesmo assim, levou-se anos até que surgissem as organizações antitabaco, leis proibindo publicidade, proibindo o fumo em locais fechados e ordenando a indústria do tabaco a colocar avisos informando sobre o poder “viciante” e prejudicial à saúde associado ao cigarro. Os Estados Unidos foram os pioneiros na luta anti-tabágica e em 1966 começaram a obrigar a colocação de avisos nos maços de cigarro informando que fumar poderia ser prejudicial à saúde. Em 1994, o Canadá foi o primeiro a colocar imagens nos maços mostrando os efeitos deletérios do hábito de fumar, seguido pelo Brasil, onde o Ministério da Saúde obrigou, a partir de 2001, a cobertura de 100% da parte posterior dos maços com imagens e avisos sobre o que o cigarro pode causar.

No Brasil, a Lei 9.294/1996, publicada em 15 de julho de 1996, proibiu de forma extensiva a propaganda de produtos de tabaco em ambientes externos, e foi a Lei 10.167/2000, em seu artigo 3º, que restringiu a propaganda comercial do fumo em pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda. Os Estados Unidos também foram os

primeiros a colocarem algum tipo de veto na publicidade dos cigarros: já em 1969 não se podia mais anunciar na mídia eletrônica. O primeiro a fazer o mesmo na Europa foi a Noruega, banindo a publicidade por completo. A demora da imposição dessas leis foi devido ao grande poder econômico das indústrias de cigarro, já que, com aproximadamente um quinto da população fumante, a influência dos fabricantes de cigarro era enorme.

Seja por influência da publicidade ou por escolha própria e livre-arbítrio, o tabagismo disseminou-se e o fato é que hoje é considerado doença crônica tanto pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) (F17.2)¹¹ como pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (305.10).¹² E não é uma doença simples: o tabagismo é apontado como um grave problema de saúde pública na maioria dos países. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o tabagismo é a maior causa evitável de doenças, invalidez e mortes prematuras, além de ser responsável por mais de 5 milhões de mortes anualmente, principalmente em países de baixa e média renda. Estudos também da OMS mostram a magnitude da epidemia tabágica que acomete aproximadamente 20% da população, ou um terço da população maior de 15 anos, totalizando 1,1 bilhão de fumantes do sexo masculino e 230 milhões do sexo feminino.¹³

Ainda que se diga que as complicações do cigarro são vistas principalmente no mundo em desenvolvimento, isso se dá pela grande população de alguns países como: China, Índia e Brasil. Engana-se quem pensa que o tabagismo não é um problema no primeiro mundo: dos dez países com maior porcentagem de população fumante, oito ficam na Europa (Grécia com 51% de tabagismo; Rússia - 50%; Ucrânia - 45%; Áustria - 44%; Bielorrússia - 44%; Bulgária - 44%; Bósnia e Herzegovina - 42%; Hungria - 40%). O Brasil fica na 101ª colocação (16% de fumantes entre os maiores de 18 anos), contudo graças a sua grande população, é o 7º país com maior número absoluto de tabagistas.¹³

No Brasil, dois grandes estudos relatam a prevalência atual: o VIGITEL 2008¹⁴ (dados que a OMS usa em seus relatórios) e a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab)¹⁵, estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), também em 2008. O VIGITEL 2008 foi um estudo transversal de base populacional que incluiu uma amostra da população (18 anos ou mais) residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, entrevistada através de inquérito telefônico. A prevalência de tabagismo foi de 16,1% (20,5% no sexo masculino e 12,4% no sexo feminino). A capital com maior prevalência de fumantes foi São Paulo, com 20,9%, e Maceió, com 9,7%, apresentou a menor proporção de fumantes. Florianópolis teve uma porcentagem geral de 17,5%, sendo 20% no sexo masculino e 15,3% no sexo feminino.

Os dados do IBGE são semelhantes, como já se era de esperar. Foram objetos da PETab cerca de 51.011 domicílios e, em cada um deles, uma pessoa com 15 anos ou mais de idade, fumante, ex-fumante ou não fumante, foi selecionada para responder às questões deste levantamento. A prevalência nacional de tabagismo encontrada foi de 17,2%, sendo 21,6% em homens e 13,1% em mulheres. A região que continha maior porcentagem de fumantes foi a região Sul, com 19,0% (22,5% homens e 15,9% mulheres) e a com menor foi a região Centro-Oeste, com 16,6% (21,4% homens e 12,1% mulheres). A pesquisa fez parte de um projeto da OMS em conjunto com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), realizada em 14 países, chamado *Global Adult Tobacco Survey*.

No entanto, não é somente com esse quinto da população que o Ministério da Saúde e as políticas públicas têm de se preocupar, existe um grande número de ex-fumantes que ainda sofre pelos anos que fumou no passado. Em trabalhos de amostra populacional realizados no passado, observou-se, em 1989, uma prevalência de tabagismo de 34,8%, sendo 43,3% no sexo masculino e 27% no feminino (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – realizada com 34.808 maiores de 18 anos). Em 2003, outra pesquisa também realizada no Brasil, seguindo os modelos da OMS, entrevistou 5.000 indivíduos maiores de 18 anos e encontrou prevalência de 22,4% de tabagistas, sendo 27,1% no sexo masculino e 18,4% no sexo feminino, detectando uma queda significativa de tabagistas de 35,5%, ou de 2,5% ao ano.¹⁶

Ao acender o cigarro, o fumante não faz mal apenas a ele próprio. O conjunto da fumaça que sai da ponta do cigarro e daquela exalada do pulmão do fumante (em inglês chamada de *second-hand smoke*) contamina o ambiente e faz com que aquele indivíduo não fumante, que fica exposto a ela, o fumante passivo, padeça também de algumas condições ditas como tabaco-relacionadas.¹⁷ Esse conceito de que o fumante passivo desenvolve algumas das doenças dos fumantes teve o primeiro relato no clássico trabalho de Hirayama: “*Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan*”, publicado em 1981.¹⁸

Mais de 4.000 substâncias tóxicas já foram identificadas na fumaça do tabaco, sendo pelo menos 250 delas cancerígenas. As toxinas podem se espalhar de um quarto a outro e, mesmo depois da fumaça ter desaparecido, a contaminação persiste nas roupas, cortinas, alimentos, móveis e outras matérias, por semanas a meses.¹³

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2009, informou que, somente no Brasil, 200.000 pessoas morrem anualmente devido à exposição ambiental à fumaça do cigarro. A OMS já é mais cautelosa e afirma que 600.000 morrem anualmente em todo o planeta devido ao tabagismo passivo. Esses dados podem ser obtidos no relatório de 2008 sobre a epidemia

global do tabaco, no qual, pela primeira vez, a OMS apresenta o pacote *MPOWER*, uma política que se baseia em 6 objetivos: **M**onitorar o uso do tabaco e políticas de prevenção; **P**roteger a população da fumaça do tabaco; **O**ferecer ajuda para cessar o hábito de fumar; **W**arn - Advertir a cerca dos perigos do tabaco; **E**nforce - Obrigar o banimento da propaganda, promoção e patrocínio do tabaco; **R**aise - Aumentar os impostos sobre o tabaco.¹⁹ Em 2009, o relatório da OMS foi todo voltado para a letra ‘P’, enfatizando a implementação de ambientes livres da fumaça do cigarro.¹³

Livrar os ambientes da fumaça de cigarro é, de fato, muito importante, não só em bares e restaurantes, como tanto se tem falado atualmente, mas principalmente no trabalho e em casa, que é onde as pessoas mais passam seu tempo. Vale citar, também, as instituições de saúde, como ambientes prioritários em manterem-se livres da fumaça do cigarro.

Além das já citadas 600.000 mortes anuais, cerca de um terço dos adultos estão sendo regularmente expostos ao fumo passivo e 43% das crianças de 13 a 15 anos moram com pessoas que fumam (41% nas Américas). Os efeitos deletérios dessa exposição podem ser vistos já em baixa idade como: o aumento da frequência de crises de asma e de infecção respiratória.¹³

Já existem, no Brasil, leis que restringem o uso do cigarro em ambientes fechados. A Lei Federal 9.294/1996 e a Lei Estadual de Santa Catarina nº 7.592/1989 (regulamentada pelo Decreto Estadual nº 6.556/1991) prevêm o banimento do ato de fumar em recintos coletivos, privados ou públicos, a fim de proteger a população dos riscos do tabagismo passivo. No estado de São Paulo, a lei antitabágica entrou em vigor em agosto de 2009, eliminando os “fumódromos” e restringindo o fumo em locais fechados, sendo a primeira capital brasileira a adotar tal política. A nova lei protege a população exposta ao tabagismo passivo de forma geral, constituindo um grande avanço no âmbito das políticas preventivas de saúde.

Em 12 de outubro de 2009 foi aprovada a Lei nº 8042, que restringe o consumo de cigarro em Florianópolis, em sessão da Câmara de Vereadores, que entrou em vigor no dia 25 de março de 2010, 90 dias após ser sancionada. Esta lei prevê que ninguém pode fumar em espaços coletivos da cidade. Determina, também, que os estabelecimentos comerciais que possuam um espaço exclusivo para fumantes, o façam sem que haja comunicação com o restante do ambiente.

Sendo então o cigarro responsável por tanta morbidade e mortalidade em fumantes, ex-fumantes e fumantes passivos, é de se esperar que se encontre nos hospitais uma alta frequência de doenças relacionadas ao tabaco e uma alta prevalência de fumantes e ex-fumantes internados, principalmente nas unidades que mais lidam com doenças tabaco-

relacionadas a saber: cardiologia, cirurgia vascular, pneumologia e oncologia, além da psiquiatria, que se ocupa de muitos pacientes com transtornos de ansiedade e dependência química.

Dados sobre a prevalência de tabagismo em hospitais brasileiros são oriundos de estudos isolados, já que não há estudos epidemiológicos nacionais multicêntricos sobre o tabagismo intra-hospitalar.²⁰ Um deles, realizado em 2009, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-SP), com 750 leitos, ao entrevistar aleatoriamente 16% de sua capacidade observou porcentagem de 17% fumantes e 36% ex-fumantes.²¹ Outro estudo feito no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, também em 2009, relata a prevalência de tabagismo em algumas unidades do hospital, sendo a menor na cardiologia (5,8%) e maior na psiquiatria (36,8%), com uma média de 11,0%.²² Neste mesmo hospital, um estudo prévio realizado em 2000, mostrou prevalência mais elevada (22,0%).²³

Com esta alta prevalência de fumantes e de doenças tabaco-relacionadas, é de se espantar que, mesmo assim, os pacientes fumem durante a internação ou imediatamente após ela. Em um estudo francês, viu-se que 25% dos pacientes voltavam a fumar dentro de 6 meses e 50% dentro de 1 ano, após terem sido internados por IAM.²⁴ Outro estudo norte-americano constatou que, em um hospital livre de tabaco, a recaída ocorria 45% das vezes já no dia da alta e após 6 meses apenas 7% mantinham-se abstinentes.²⁵ Já tem sido oferecido suporte para a cessação do hábito de fumar em pacientes hospitalizados, desde o começo dos anos 90, primeiramente na França e nos Estados Unidos, com o objetivo de que os hospitais sejam áreas livres do fumo.⁴⁷ No entanto, apenas a intervenção hospitalar não é suficiente, uma revisão da Cochrane avaliando 17 estudos concluiu que a taxa de cessação do hábito de fumar só aumenta quando, após a intervenção hospitalar, o paciente é seguido por, no mínimo, um mês de suporte ambulatorial.²⁷

Durante uma internação hospitalar, muitas vezes por razões ligadas ao hábito de fumar, torna-se necessário valorizar e identificar a dependência ao tabaco por dois motivos, primeiro devido à possível presença da síndrome de abstinência, que necessita de tratamento e controle, segundo pela internação hospitalar revelar-se uma boa janela de oportunidade para abordar e suplementar o tratamento do tabagismo como doença crônica. Os diversos profissionais de saúde que atendem aos hospitalizados, incluindo-se enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e estudantes destas áreas, podem adverti-los quanto aos problemas advindos do hábito de fumar.

A pessoa doente hospitalizada sente-se vulnerável e pode conseguir adotar novos hábitos de vida, podendo evitar, assim uma futura segunda hospitalização por doenças ligadas

ao tabagismo. Durante uma internação, o paciente poderia dispor, quando necessário, do acesso inicial ao tratamento com medicamentos mais especializados (adesivos de nicotina, bupropiona, etc.), já que estes não estão disponíveis em todas as unidades básicas de saúde. Além disso, pode-se monitorar o paciente mais intensivamente nos primeiros dias, que são os mais relacionados com a síndrome de abstinência e, portanto, permitem uma titulação melhor na dose do tratamento.²⁸⁻³⁰

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC) conta com cerca de 290 leitos hospitalares. Quem circula pelo hospital pode observar pacientes internados fumando em diversas localidades da instituição, que, primordialmente, visa à promoção e recuperação da saúde. Algumas vezes profissionais da segurança abordam estes pacientes no sentido de limitarem o consumo de cigarros, no entanto tal abordagem necessita de um treinamento especializado implantado dentro de um programa de tratamento do tabagismo e política de ambiente livre de tabaco, para que não haja situações desagradáveis. Por outro lado, pacientes tabagistas internados e privados subitamente do cigarro como, por exemplo, na unidade de terapia intensiva, ou após uma amputação de membro inferior, não recebem, de rotina, uma abordagem padronizada para esta questão. Nestes casos, a instituição necessitaria estar capacitada a diagnosticar e tratar o tabagismo, disponibilizando profissionais habilitados, medicamentos específicos e condições de acompanhamento destes pacientes.

Não há dúvidas de que a internação é uma boa oportunidade para se estimular, amparar e iniciar tratamento em pacientes tabagistas, a fim de transformarem este episódio de “cessação tabágica” em uma tentativa bem sucedida.²⁸⁻³⁰ Entretanto, a maioria dos hospitais brasileiros não possui protocolos de atendimento ao tabagista internado. Desta forma, informações a respeito das características desta população são necessárias para um maior entendimento da dimensão do problema e justificar um futuro programa de tratamento do tabagismo em pacientes hospitalizados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar a prevalência de tabagismo entre os pacientes hospitalizados no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Investigar o perfil dos pacientes hospitalizados no HU-UFSC quanto às características demográficas, socioeconômicas e hábitos de vida;
2. Avaliar as características gerais relacionadas ao tabagismo: tempo de tabagismo; frequência de cigarros ao dia; carga tabágica; dependência à nicotina; comorbidades tabaco-relacionadas; sintomas respiratórios; produtos fumíferos utilizados.
3. Avaliar os dados relacionados à iniciação e a cessação do hábito de fumar: idade de início; motivo da iniciação; tentativas prévias de cessação; possíveis recursos utilizados; fatores que dificultaram a cessação.
4. Avaliar os dados relacionados à hospitalização: motivo de internação; entendimento do paciente tabagista sobre o seu motivo de internação; tabagismo intra-hospitalar, opinião sobre um fumódromo no hospital, presença de síndrome de abstinência; avaliar a motivação para cessação do hábito de fumar; o porquê quer cessar o hábito.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do Estudo:

Realizou-se um estudo de delineamento descritivo transversal com dois pontos de observação em um intervalo de três meses. A população estudada foi composta de pacientes hospitalizados em diversas unidades do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

3.2 Campo de Pesquisa e População Estudada:

De acordo com informações do departamento de estatística da instituição, o HU-UFSC contava com 290 leitos hospitalares disponíveis para internações em março de 2010. Neste censo, coletado em março, foi estimado que, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão abaixo mencionados, ter-se-ia uma amostra de 145 participantes do estudo. Neste contexto, foram feitas duas coletas de dados abrangendo todos os pacientes hospitalizados, realizadas em dois momentos, com três meses de intervalo, nos meses de maio e agosto de 2010, de forma a surpreender possíveis diferenças que pudessem ser relacionadas a sazonalidades.

Para essa tarefa, além do pesquisador principal, foram recrutados outros alunos do curso de medicina e médicos, que foram treinados para a aplicação do questionário, de forma que cada coleta pôde ser realizada em, no máximo, dois dias.

3.3 Critérios de Inclusão:

Estar internado no HU-UFSC há mais de um dia (24h); ter mais de 18 anos de idade e concordar em participar da pesquisa.

3.4 Critérios de Exclusão:

Estar internado nas unidades de terapia intensiva, pediatria, emergência pediátrica, terapia intensiva neonatal, quimioterapia e hemodiálise; incapacidade de responder ao questionário e recusa em participar da pesquisa.

3.5 Instrumentação e Coleta de Dados:

A coleta e tabulação dos dados foram realizadas pelos pesquisadores devidamente treinados. Os pesquisadores visitaram as diversas enfermarias do HU-UFSC e convidaram os pacientes selecionados. A entrevista foi realizada após explicação detalhada do estudo e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Cada paciente foi entrevistado em momento adequado, sem prejuízo de seu tratamento, em local reservado, com a garantia de manutenção do sigilo acerca de todas as informações.

O instrumento de pesquisa foi um questionário com perguntas fechadas composto por oito sessões (Apêndice 2) discriminadas abaixo. Os indivíduos fumantes, ex-fumantes e nunca fumantes responderam a todas as questões quando pertinentes:

1. Identificação: iniciais do paciente, a unidade de internação, número de internações anteriores, o motivo da atual internação.

2. Demográficas e hábitos de vida: idade, sexo, estado civil, procedência, profissão, cor, peso, altura, quantidade de água ingerida por dia, qualidade do sono, prática de atividades físicas (prática regular conceituada como três ou mais vezes na semana), ingestão de bebidas alcoólicas. Os dados 'peso' e 'altura' nos permitem calcular o índice de massa corporal (IMC) e classificá-los em abaixo do peso (IMC abaixo de 18,5), peso normal (18,5 – 24,9), sobrepeso (25 – 29,9), obesidade grau I (30 – 34,9), obesidade grau II (35 – 39,0) ou obesidade grau III (acima de 40).

3. Socioeconômicas: grau de escolaridade que permitiu classificá-los em: analfabeto/ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e mestrado/doutorado; e renda mensal familiar em salários mínimos.

4. Comportamentais ligadas ao tabagismo - classificação do tabagismo: nunca tabagista (aquele que nunca fumou, fuma irregularmente ou fuma regularmente há menos de um mês), tabagista (aquele com hábito tabágico regular há, pelo menos, um mês, ou que cessou o hábito há menos de 1 mês) ou ex-tabagista (aquele que cessou o hábito tabágico há mais de um mês); interesse sobre existência de “fumódromo” no hospital; presença de outras pessoas que fumam no mesmo ambiente de convívio (casa/trabalho); idade de início; tempo de fumo; carga tabágica ($\text{cigarros/dia} \div 20 \times \text{anos de fumo}$); uso de outros produtos fumíferos; motivos pelo qual iniciou o fumo; idade de cessação; tentativas de cessação; quais recursos utilizou na tentativa de cessação do tabagismo e qual considera ter realmente colaborado para a cessação, caso essa tenha tido sucesso. Foi avaliado seu interesse sobre cessação, questionados os motivos que justificam este interesse e os fatores considerados

dificultadores da cessação. Foram questionados sobre sua visão entre a relação do tabagismo com a doença que os acometiam e se eles fumavam durante sua hospitalização. Nas mulheres, questionou-se sobre cessação de tabagismo durante as gestações. Foi avaliado o estado motivacional em que se encontrava antes e durante sua hospitalização de acordo com a escala de Prochaska e DiClemente:³¹ pré-contemplação: o paciente não pretende parar de fumar nos próximos 6 meses; contemplação: pretende parar de fumar dentre os próximos 6 meses; preparação: pretende parar de fumar no próximo mês, tomou alguma atitude frente à cessação tabágica; ação: indivíduo parou de fumar.

5. Presença de sintomas respiratórios no último ano sem que estivessem associados a quadro gripal: dispnéia, falta de fôlego, dor de garganta, chiado, cansaço ao realizar atividades habituais, dor no peito, tosse seca, tosse produtiva, aftas, lesões ou sangramentos na boca.

6. Presença da síndrome de abstinência de nicotina: de acordo com o DSM-IV-TR,¹² a síndrome de abstinência de nicotina caracteriza-se pela presença de um conjunto de, pelo menos, quatro sinais e sintomas (humor disfórico ou deprimido; insônia; irritabilidade, frustração ou raiva; ansiedade; dificuldade para concentrar-se; inquietação; frequência cardíaca diminuída; aumento do apetite ou ganho de peso) de aparecimento após a cessação ou diminuição abrupta do uso da nicotina, que cause prejuízo clínico ou social ao paciente e que não seja mais bem explicado por outra condição clínica ou psiquiátrica.

7. Presença de comorbidades: tabaco-relacionadas^{32,33}: doença pulmonar intersticial; varizes ou episódios prévios de trombose venosa; gastrite ou úlceras gástricas e duodenais; doença coronariana isquêmica; ataques isquêmicos transitórios (AIT) ou acidentes vasculares encefálicos; doença pulmonar obstrutiva crônica e neoplasias (pulmão, boca, laringe, esôfago, gástrico, pâncreas, cólon/reto, bexiga, rim, mama e útero). Não tabaco-relacionadas: asma; quaisquer outros problemas cardíacos; neoplasias não tabaco-relacionadas, hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; doença psiquiátrica em tratamento medicamentoso; outra não citada.

8. Sobre o grau de dependência à nicotina: utilizou-se o questionário do teste de Fagerström³⁴ e estimou-se o grau de dependência nicotínica através desse instrumento.

3.6 Análise dos Dados:

Os dados foram digitados, revisados e analisados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Os dados referentes aos resultados estão apresentados como: número absoluto (n) e porcentual (%). Os dados referentes às variáveis contínuas foram submetidos ao teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis contínuas normais estão

expressas através de média e desvio-padrão, enquanto as variáveis contínuas não-normais estão apresentadas sob a forma de mediana e intervalo interquartilico 25-75% (IQR 25-75). As diferenças entre as variáveis foram analisadas através dos testes de qui-quadrado, t de Student e Mann-Whitney. Foi considerado o valor de $p < 0,05$ para significância estatística.

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa:

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina no dia 26/04/2010, sob o parecer de número 720/10 (Apêndice 3).

Todos os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o TCLE. A pesquisa foi realizada respeitando as normas de pesquisa em seres humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

4.1 Dados Demográficos, Socioeconômicos e Hábitos de Vida:

A primeira coleta de dados (Coleta 1) foi realizada nos dias 15 e 16 de maio de 2010, nas unidades de: clínica médica (I, II e III), clínica cirúrgica (I e II), ginecologia, alojamento conjunto e emergência de adultos. Havia 160 pacientes maiores de 18 anos e internados havia mais de 24 horas, porém 20 pacientes não tinham condições clínicas de responder e outros 13 recusaram-se a responder ao questionário, somando-se 127 questionários respondidos.

A segunda coleta (Coleta 2) realizou-se nos dias 28 e 29 de agosto de 2010 nas mesmas unidades de internação da coleta anterior. Dos 135 pacientes maiores de 18 anos e internados havia mais de 24 horas, 108 responderam ao questionário, já que 3 se recusaram e 24 não tinham condições de responder.

Comparando-se as duas populações (Coleta 1 x Coleta 2) (Tabela 1) quanto às suas características gerais (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, IMC, atividade física, ingestão alcoólica, hábito tabágico e presença de um ou mais fumantes em casa ou no trabalho) observou-se que não havia diferença estatisticamente significativa em relação ao hábito de fumar, bem como em relação à grande maioria das variáveis demográficas.

As duas coletas de dados (C1 + C2) totalizaram 235 participantes (Tabela 2). A prevalência encontrada de tabagistas foi de 18,7%, 32,8% ex-tabagistas e o restante referiu nunca ter fumado na vida (48,5%). A prevalência de tabagismo passivo foi elevada: 46,7%.

Levando-se em consideração a população das duas coletas (Tabela 2) observou-se idade média de $49,4 \pm 18,2$ anos; 104 (44,3%) homens e 131 (55,7%) mulheres. A maioria dos participantes era casada (63,4%), seguida por solteiros (16,2%), divorciados/separados (12,7%) e viúvos (7,7%). Quase metade (48,5%) eram analfabetos ou possuíam o ensino fundamental incompleto, 22,6% tinham o ensino fundamental completo, 21,7% o ensino médio completo, 4,3% o ensino superior incompleto, 2,6% o ensino superior completo e apenas um paciente (0,4%) era pós-graduado.

A renda familiar teve como mediana 3 salários mínimos, com IQR de 2 a 4 salários; o IMC teve como mediana 23,8 com IQR variando de 21,3 a 28,3; e a maioria (84,3%) dos pacientes não praticava atividade física regularmente.

Quando questionados sobre hábitos referentes ao consumo de bebida alcoólica, 77,9% dos pacientes responderam que não ingeriam nada, enquanto que os restantes dividiram-se entre aqueles que consumiam 30g ou menos ao dia (16,6%) e aqueles que ultrapassaram esta marca (5,5%). A distribuição dos pacientes quanto ao hábito de fumar e quanto às unidades de internação pode ser vista na Figura 1.

Tabela 1 – Características gerais das populações estudadas (Coleta 1 x Coleta 2)

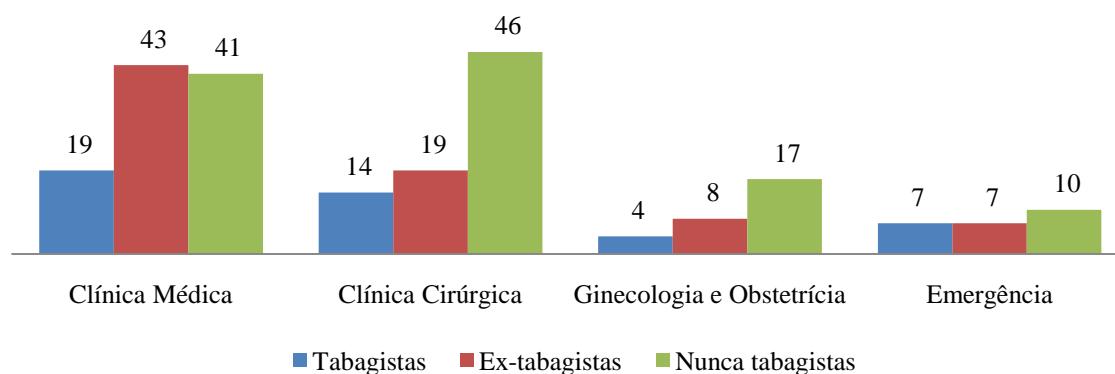
	1ª Coleta (n = 127)	2ª Coleta (n = 108)	Valor <i>p</i>
Idade (anos)			0,042
Média ± desvio-padrão	47,2 ± 17,9	51,6 ± 17,9	
Sexo			0,461
Masculino	59 (46,5)	45 (41,7)	
Feminino	68 (53,5)	63 (58,3)	
Estado Civil			0,001
Solteiro	30 (23,6)	8 (7,4)	
Casado	72 (56,7)	77 (71,3)	
Viúvo	13 (10,2)	5 (4,6)	
Divorciado	12 (9,5)	18 (16,7)	
Escolaridade*			0,57
Analfabeto/EFI	63 (49,6)	51 (47,2)	
EFC	27 (21,3)	26 (24,1)	
EMC	25 (19,7)	26 (24,1)	
ESI	6 (4,7)	4 (3,7)	
ESC	5 (3,9)	1 (0,9)	
PG	1 (0,8)	0 (0)	
Renda familiar†			0,129
Mediana (IQR 25-75)	3 (2 - 4,5)	2 (2 - 4)	
IMC‡			0,997
Mediana (IQR 25-75)	24 (21,3 - 28,0)	23,7 (21,1 - 28,3)	
Atividade Física			0,369
<3 vezes/semana	104 (81,9)	94 (87,0)	
≥3 vezes/semana	23 (18,1)	14 (13,0)	
Ingestão de Álcool			0,813
Não	99 (78,0)	84 (77,8)	
≤30g/dia	22 (17,3)	17 (15,7)	
>30g/dia	6 (4,7)	7 (6,5)	
Tabagismo			0,801
Nunca tabagistas	60 (47,2)	54 (50,0)	
Ex-tabagistas	44 (34,6)	33 (30,6)	
Tabagistas	23 (18,1)	21 (19,4)	
Tabagismo passivo			0,211
Sim	63 (50,8)	46 (42,6)	
Não	61 (49,2)	62 (57,4)	

Resultados, quando não especificados, expressos em “número absoluto (porcentual)”; * EFI (ensino fundamental incompleto), EFC (ensino fundamental completo), EMC (ensino médio completo), ESI (ensino superior incompleto), ESC (ensino superior completo), PG (pós-graduado); †Em salários/mês; ‡ Índice de massa corporal, resultado em kg/m²

Tabela 2 – Características gerais de todos os hospitalizados (Coleta 1 + Coleta 2)

	Total (n = 235)
Idade (anos)	
Média ± desvio-padrão	49,4 ± 18,2
Sexo (M/F)	
Masculino	104 (44,3)
Feminino	131 (55,7)
Estado Civil	
Solteiro	38 (16,2)
Casado	149 (63,4)
Viúvo	18 (7,7)
Divorciado	30 (12,7)
Escolaridade*	
Analfabeto/EFI	114 (48,5)
FC	53 (22,6)
EMC	51 (21,7)
ESI	10 (4,3)
ESC	6 (2,6)
PG	1 (0,4)
Renda familiar†	
Mediana (IQR 25-75)	3 (2 – 4)
IMC‡	
Mediana (IQR 25-75)	23,8 (21,3 – 28,3)
Atividade Física	
<3 vezes/semana	198 (84,3)
≥3 vezes/semana	37 (15,7)
Ingestão de Álcool	
Não	183 (77,9)
≤30g/dia	39 (16,6)
>30g/dia	13 (5,5)
Tabagismo	
Nunca tabagistas	114 (48,5)
Ex-tabagistas	77 (32,8)
Tabagistas	44 (18,7)
Tabagismo passivo	
Sim	109 (46,7)
Não	123 (52,3)

Resultados, quando não especificados, expressos em “número absoluto (porcentual)”; *EFI (ensino fundamental incompleto), EFC (ensino fundamental completo), EMC (ensino médio completo), ESI (ensino superior incompleto), ESC (ensino superior completo), PG (pós-graduado); †Em salários/mês; ‡ Índice de massa corporal, resultado em kg/m²

**Figura 1** – Número absoluto de pacientes quanto às unidades de internação e quanto ao hábito de fumar

A população de tabagistas foi composta por 44 pacientes (Tabela 3), com idade média de $45,7 \pm 15,2$ anos e a maioria do sexo masculino: 29 (65,9%). O estado civil predominante foi de casados (52,3%). Na questão da escolaridade, os analfabetos ou com o estudo fundamental incompleto foram a maioria, com 52,3%.

Metade dos pacientes encontrava-se na faixa populacional com uma renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos.

O índice de massa corporal entre os fumantes teve como mediana 23,2 com IQR de 21,0 a 25,0, com 70,5% encontrando-se na faixa de peso adequado para sua altura. Apenas sete tabagistas (15,9%) praticavam atividade física de forma regular. Quanto à ingestão de bebida alcoólica, 43,2% consumiam bebidas alcoólicas regularmente.

O grupo dos tabagistas, em relação ao dos nunca tabagistas, diferiu de forma estatisticamente significativa nos seguintes aspectos: sexo, com predominância do masculino; estado civil, com menos relações estáveis; escolaridade mais baixa e maior número de pessoas que ingeriam bebida alcoólica com uma média de gramas/dia de álcool também maior.

4.2 Dados Gerais Relacionados ao Hábito de Fumar:

O tempo de tabagismo médio, até o momento da entrevista, foi de $28,1 \pm 17,2$ anos, com carga tabágica média de $32,0 \pm 30,2$ anos-maço, fumando diariamente a mediana de 20 cigarros/dia (IQR 7-20). Utilizando-se o questionário de Fagerström para avaliar o grau de dependência, observou-se que 31,8% tinham dependência elevada e 13,6% muito elevada (Tabela 4).

Analisando-se a presença de comorbidades tabaco-relacionadas, tem-se que 36,4% dos fumantes não apresentavam nenhuma, 36,4% apresentavam uma comorbidade e 27,3% apresentam duas ou mais comorbidades (Tabela 4). As comorbidades mais frequentes (Figura 2) foram: gastrite (22,7%), insuficiência arterial periférica (22,7%), doença arterial coronariana (18,2%), DPOC (15,9%), AIT/AVE (9,1%), neoplasias malignas (6,8%) e doença pulmonar intersticial (4,5%).

Em relação à presença de sintomas respiratórios no último ano, a minoria (18,2%) não apresentava sintomas, 20,5% apresentavam de 1 a 2 sintomas e 61,4% apresentavam 3 ou mais (Tabela 4). Os sintomas mais frequentes em ordem decrescente foram (Figura 3): falta de ar e tosse seca (52,3%), dor na garganta (43,2%), cansaço ao falar (43,2%) e tosse produtiva (36,4%).

Todos os tabagistas fumavam cigarros industriais, oito deles fumavam, também, o tabaco em outras formas, sendo o cigarro de palha a mais comum.

Tabela 3 – Características gerais da população de tabagistas e nunca tabagistas

	Tabagistas (n = 44)	Nunca tabagistas (n = 114)	Valor <i>p</i>
Idade (anos)			0,064
18-24	3 (6,8)	19 (16,7)	
25-34	10 (22,7)	18 (15,8)	
35-44	6 (13,6)	13 (11,4)	
45-54	7 (15,9)	20 (17,5)	
55-64	14 (31,8)	18 (15,8)	
>65	4 (9,1)	26 (22,8)	
Média ± desvio-padrão	45,7 ± 15,2	47,8 ± 19,7	0,512
Sexo (M/F)			<0,0001
Masculino	29 (65,9)	33 (28,9)	
Feminino	15 (34,1)	81 (71,1)	
Estado Civil			0,045
Solteiro	11 (25,0)	12 (10,5)	
Casado	23 (52,3)	80 (70,2)	
Viúvo	2 (4,5)	9 (7,9)	
Divorciado	8 (18,2)	13 (11,4)	
Escolaridade*			0,009
Analfabeto/EFI	23 (52,3)	47 (41,2)	
FC	18 (40,9)	25 (21,9)	
EMC	2 (4,5)	31 (27,2)	
ESI	0 (0,0)	7 (6,1)	
ESC	1 (2,3)	3 (2,6)	
PG	0 (0,0)	1 (0,9)	
Renda familiar†			0,932
1-2	22 (50)	55 (49,1)	
3-4	12 (27,3)	32 (28,6)	
5-10	10 (22,7)	25 (22,3)	
Mediana (IQR 25-75)	2,5 (1,0 – 4,0)	2,7 (2,0 – 4,0)	0,377
IMC‡			0,194
Baixo peso	3 (6,8)	6 (5,3)	
Peso adequado	31 (70,5)	69 (60,5)	
Sobrepeso	2 (4,5)	20 (17,5)	
Obesidade grau 1	3 (6,8)	11 (9,6)	
Obesidade grau 2	3 (6,8)	2 (1,8)	
Obesidade grau 3	2 (4,5)	6 (5,3)	
Mediana (IQR 25-75)	23,2 (21,0 – 25,0)	23,8 (21,3 – 28,2)	0,437
Atividade Física			0,654
<3 vezes/semana	37 (84,1)	91 (79,8)	
≥3 vezes/semana	7 (15,9)	23 (20,2)	
Ingestão de Álcool			<0,0001
Não	25 – (56,8)	102 (89,5)	
≤30g/dia	12 – (27,3)	10 (8,8)	
>30g/dia	7 – (15,9)	2 (1,7)	
Mediana (IQR 25-75)	20 (9,7 – 68,5)	6 (3,3 – 18,5)	0,038

Resultados, quando não especificados, expressos em “número absoluto (porcentual)”; *EFI (ensino fundamental incompleto), EFC (ensino fundamental completo), EMC (ensino médio completo), ESI (ensino superior incompleto), ESC (ensino superior completo), PG (pós-graduado); †Em salários/mês; ‡ Índice de massa corporal, resultado em kg/m²

Tabela 4 – Características gerais relacionadas ao tabagismo

	Tabagistas (n = 44)
Tempo de fumo (anos)	
≤10	7 (15,9)
11-20	12 (27,3)
21-30	3 (6,8)
31-40	10 (22,7)
41-60	10 (22,7)
>60	2 (4,5)
Média ± desvio-padrão	28,1 ± 17,2
Cigarros/dia atualmente	
≤10	16 (36,4)
11-20	20 (45,5)
21-30	2 (4,5)
31-40	4 (9,1)
>40	2 (4,5)
Mediana (IQR 25-75)	20 (7 – 20)
Carga tabágica (anos-maço)	
≤10	14 (31,8)
11-20	6 (13,6)
21-30	3 (6,8)
31-40	10 (22,7)
41-60	3 (6,8)
>60	8 (18,2)
Média ± dp	32,0 ± 30,2
Dependência*	
Muito baixa	8 (18,2)
Baixa	9 (20,5)
Média	7 (15,9)
Elevada	14 (31,8)
Muito elevada	6 (13,6)
Média ± desvio-padrão†	4,6 ± 2,3
Comorbidades tabaco-relacionadas	
0	16 (36,4)
1	16 (36,4)
>1	12 (27,3)
Sintomas respiratórios	
0	8 (18,2)
1-2	9 (20,5)
>2	27 (61,4)
Produtos fumíferos utilizados	
Cigarro industrial	44 (100)
Cigarro de palha	6 (13,6)
Outros	2 (4,5)

Resultados expressos em “número absoluto (porcentual)”; * De acordo com escore de Fagerström; † Média do escore

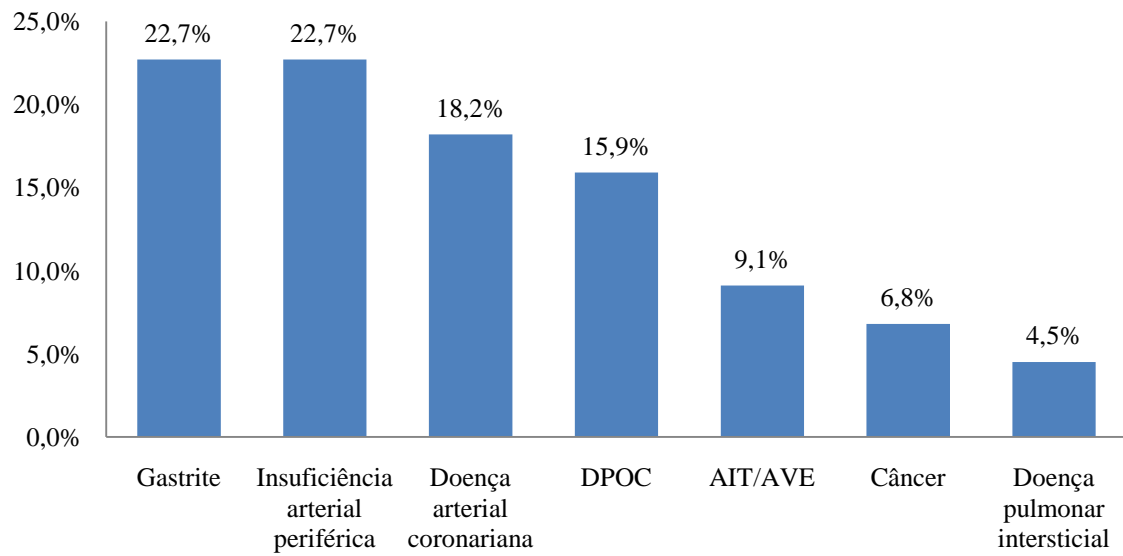


Figura 2 – Comorbidades tabaco-relacionadas na população tabagista

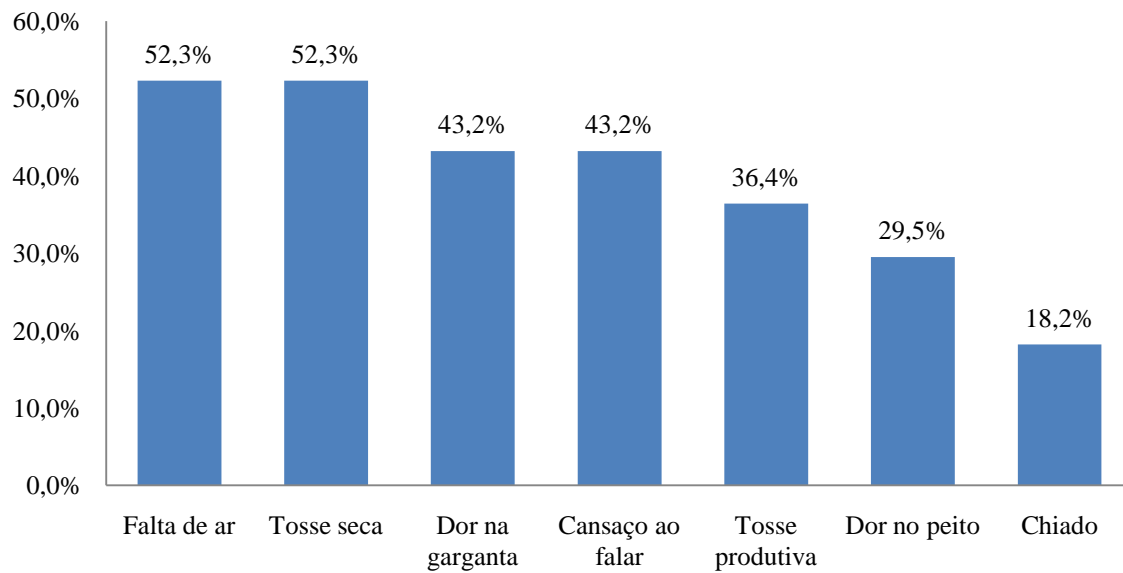


Figura 3 – Sintomas respiratórios na população tabagista

4.3 Dados Relacionados à Iniciação e à Cessação do Hábito de Fumar:

A análise dos dados referentes ao tabagismo evidenciou que 61,3% começaram a fumar entre 10 e 18 anos, com mediana de 15 anos (IQR 14-20), sendo a grande maioria (75,0%) pela influência de amigos ou familiares. Dos 44 tabagistas entrevistados, notou-se que 32 (72,7%) deles já haviam tentado parar de fumar sem sucesso e 23 destes 32 pacientes o fizeram sem nenhuma ajuda.

Achar o hábito de fumar muito prazeroso (63,6%) e medo da abstinência (51,3%) foram os principais fatores relatados como dificultadores da cessação do hábito de fumar (Tabela 5).

Tabela 5 – Características relacionadas à iniciação e cessação do hábito de fumar

	Tabagistas (n = 44)
Idade de início (anos)	
<10	3 (6,8)
10-14	14 (31,8)
15-18	13 (29,5)
19-25	10 (22,7)
>25	4 (9,1)
Mediana (IQR 25-75)	15 (14 – 20)
Motivo da iniciação	
Influência de amigos	20 (45,5)
Influência de familiares	13 (29,5)
Influência de colegas de trabalho	3 (6,8)
Aliviar estresse	3 (6,8)
Não sabe informar	2 (4,5)
Outros	3 (6,8)
Tentativa prévia de cessação	
Sim	32 (72,7)
Não	12 (27,3)
Utilização de recurso	
Nenhum	23 (71,9)
Reposição nicotínica	4 (12,5)
Grupos de apoio	2 (6,3)
Apoio de profissional de saúde	1 (3,1)
Leu informações	1 (3,1)
Bupropiona	1 (3,1)
Fator dificultador da cessação	
Acha o hábito muito prazeroso	28 (63,6)
Medo da abstinência	20 (51,3)
Pessoas fumam ao redor	15 (38,5)
Crença em que o cigarro é inócuo	10 (25,6)
Medo de engordar	7 (17,9)

Resultados expressos em “número absoluto (porcentual)”

4.4 Dados Relacionados à Hospitalização:

Quase metade (49%) dos fumantes foram internados por doenças tabaco-relacionadas e a distribuição destas doenças nas diferentes unidades de internação é mais bem visualizada na Figura 4, onde se observa a grande porcentagem de doenças tabaco-relacionadas nas clínicas cirúrgicas, pneumologia, cardiologia e neurologia. Quando os tabagistas foram questionados se o motivo da hospitalização atual dever-se-ia aos efeitos deletérios do cigarro, dos 21 pacientes internados por doenças tabaco-relacionadas, 16 responderam que percebiam esta relação, enquanto que dos 22 internados por doenças não ligadas ao tabagismo, 17 disseram não acreditar que o cigarro tinha relação com o motivo de estarem internados (Tabela 6).

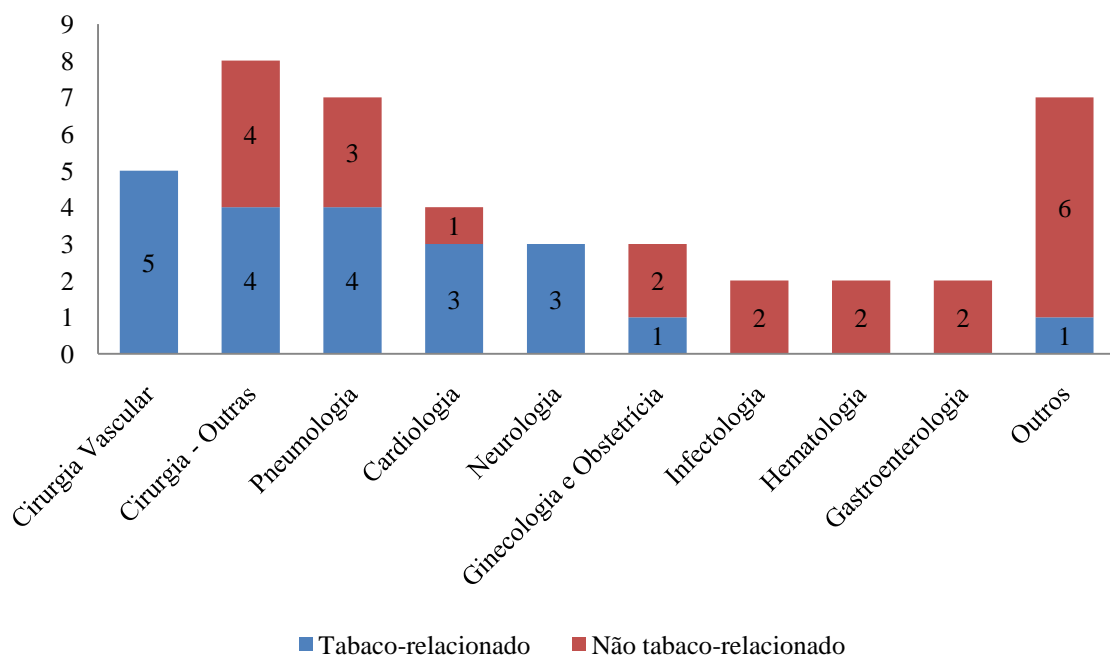


Figura 4 – Distribuição das doenças tabaco ou não tabaco-relacionadas entre os tabagistas internados nas diferentes unidades, em número absoluto

Tabela 6 – Diagnóstico médico e a percepção do paciente tabagista quanto ao seu motivo de hospitalização

	Paciente crê na relação entre o tabagismo e o motivo da sua hospitalização		Valor <i>p</i>
	Sim	Não	
Diagnóstico médico			0,001
Tabaco-relacionado	16	5	
Não tabaco-relacionado	5	17	

Resultados expressos em “número absoluto”

A maioria dos entrevistados (70,5%) revelou não ter fumado durante a internação, enquanto que os outros relataram ter fumado fora das portas do hospital (24,5%) e dentro do quarto (5%). Quando perguntados se gostariam de um local específico para poderem fumar, 59,1% responderam que sim. Ainda dentre os 44 fumantes, 13 (29,5%) deles encontravam-se em síndrome de abstinência de nicotina. Trinta e nove pacientes hospitalizados (88,6%) manifestaram desejo de cessar definitivamente o hábito de fumar, enquanto que 32 (72,7%) afirmaram que aceitariam receber tratamento durante a hospitalização. Os principais motivos pelos quais os pacientes têm desejo de parar de fumar foram: preocupação com a saúde (94,9%), preocupação com a saúde no futuro (84,6%), para melhorar o bem-estar familiar (59,0%), porque é um mau-exemplo para os filhos (56,4%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Características relacionadas à hospitalização

	Tabagistas (n = 44)
Fumou durante a internação	
Não	31 (70,5)
Dentro do hospital	2 (5,0)
Fora do hospital	11 (24,5)
Gostaria de um “fumódromo”	
Não	18 (40,9)
Sim	26 (59,1)
Síndrome de abstinência	
Sim	13 (29,5)
Não	31 (70,5)
Cessação do hábito de fumar	
Gostaria de parar	39 (88,6)
Não gostaria de parar	5 (11,4)
Aceitaria tratamento	32 (72,7)
Não aceitaria tratamento	12 (27,3)
Motivo da cessação	
Preocupação com saúde	37 (94,9)
Preocupação com saúde no futuro	33 (84,6)
Bem-estar familiar	23 (59,0)
Mau-exemplo para os filhos	22 (56,4)
Dinheiro	19 (48,7)
Não gosta da dependência	18 (46,2)
Fumar é anti-social	17 (43,2)
Pessoas pressionando	15 (34,1)
Restrições legislativas ao fumo	11 (28,2)

Resultados expressos em “número absoluto (porcentual)”

Quanto   motivação para a cessação do hábito de fumar (Figura 5), encontrou-se que, antes da internação, o estado motivacional mais encontrado foi o de pr -contemplação

(40,9%), enquanto que durante a internação, o estado motivacional mais frequente foi o de ação (34,1%). Antes de serem internados, 31,8% estavam em preparação ou ação, já durante a hospitalização este número aumentou para 56,8%.

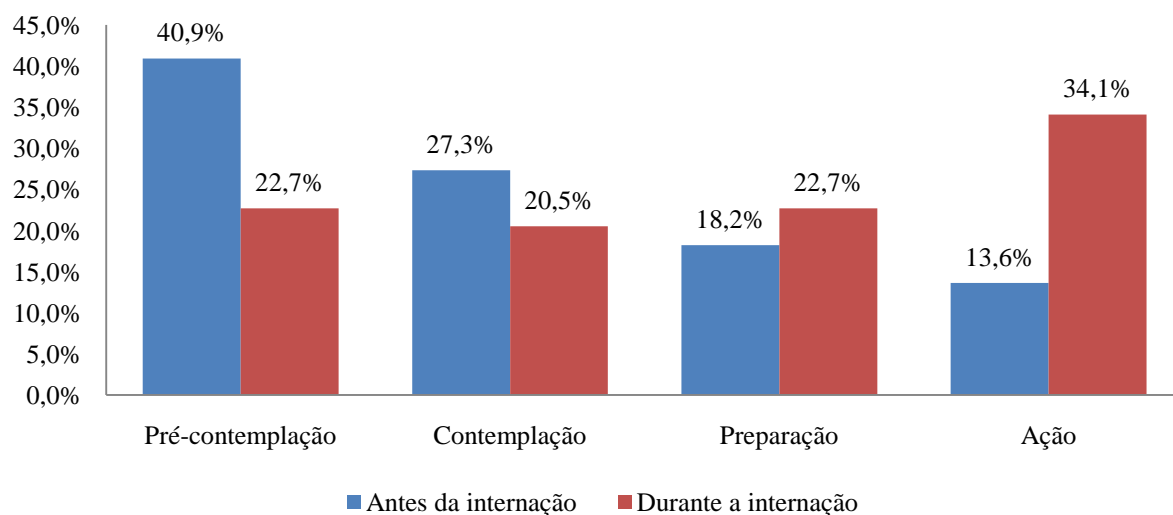


Figura 5 – Estado motivacional para cessação do hábito de fumar antes e durante a hospitalização

5 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a prevalência de tabagismo, bem como os aspectos ligados ao hábito de fumar e às condições de internação entre os pacientes hospitalizados no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. A prevalência de tabagismo ativo foi de 18,7%, enquanto que 46.7% dos pacientes entrevistados referiram exposição passiva ao tabaco. Os resultados também evidenciaram que os tabagistas hospitalizados em sua maioria eram masculinos, de meia idade, com baixa escolaridade, baixa renda familiar, possuíam carga tabágica média de 32 anos-maço, sendo que 45,4% deles apresentavam dependência elevada ou muito elevada à nicotina. Sessenta e três por cento dos tabagistas tinham comorbidades tabaco-relacionadas e 81,8% apresentavam sintomas respiratórios. A maioria iniciou o hábito por influência dos familiares ou amigos, em média aos 15 anos de idade. A maior parte da população referia já ter tentado parar de fumar, porém poucos utilizaram algum recurso para a cessação. Os resultados referentes à internação hospitalar demonstraram que aproximadamente metade dos tabagistas havia sido admitida por doenças tabaco-relacionadas, com boa percepção da relação entre tabagismo e o motivo da internação. Quase um terço afirmou ter fumado durante a hospitalização, sendo que mais da metade gostaria que houvesse um “fumódromo” dentro da instituição. A síndrome de abstinência foi detectada em 29,5% dos pacientes. A maioria gostaria de parar de fumar e aceitaria abordagem para cessação durante a internação. As razões mais frequentes para parar de fumar relatadas foram: a preocupação atual e futura com a saúde. Durante a hospitalização mais pacientes em estado motivacional de preparação e ação foram identificados.

Vários aspectos do atual trabalho oferecem credibilidade e peso para os resultados apresentados. O presente estudo é original no sentido de não se ter encontrado, na literatura, nenhum trabalho relatando a prevalência de tabagismo intra-hospitalar no sul do Brasil. Vale ressaltar que esta investigação constitui o primeiro passo na compreensão deste problema de saúde pública, focalizando o tabagismo nesta instituição. A coleta abrangeu o maior número possível de pacientes, já que não foi feita uma coleta por amostragem, tendo sido entrevistados todos os pacientes que preenchiam os critérios de inclusão, totalizando a maior população estudada em nível nacional. Foi realizada em duas estações do ano (outono e inverno), de forma a compor uma amostragem significativa e fidedigna do universo de

tabagismo em pacientes internados. O fato de cada coleta ter sido realizada em, no máximo, dois dias, durante o final de semana, contribuiu para uma coleta de dados de uma população mais estável, já que nesses dias há poucas altas e internações. O menor número de recusas em participar da pesquisa observada na segunda coleta pôde ser, em parte, atribuído à prática adquirida pelos entrevistadores ao abordar os pacientes, no decorrer da pesquisa. Adicionalmente à obtenção da prevalência de tabagistas hospitalizados, o questionário contava ainda com diversos domínios ampliando a possibilidade de compreensão do perfil destes pacientes. De fato, este foi o primeiro trabalho a investigar características ligadas a tentativas prévias de cessação e possíveis recursos utilizados, além de relatar o estado motivacional em que se encontravam os pacientes antes e durante a internação. Também foi pioneiro ao inquirir acerca das razões que pudessem auxiliar ou dificultar a cessação tabágica e ao investigar a predisposição dos pacientes em aceitar abordagem relacionada à cessação do hábito de fumar durante a internação.

Por ter sido aplicado um questionário cujas respostas dependiam totalmente da perspectiva do paciente, com exceção de alguns poucos itens que tinham de ser pesquisados em prontuário, os dados podem ser falseados pelo chamado efeito Hawthorne, em que o sujeito submetido a uma pesquisa responde conforme aquilo que ele intui que o pesquisador gostaria de ouvir. Para se obter o estado motivacional para a cessação tabágica foi utilizada a escala motivacional de Prochaska e DiClemente, que embora considerada pouco acurada, é a mais utilizada em nosso meio por já ter sido anteriormente validada. A escala de Richmond³⁵ tem sido utilizada em alguns estudos como um instrumento específico para avaliar a motivação para a cessação do hábito de fumar, porém ainda não está validada para uso no Brasil. Outro ponto passível de crítica nesse estudo poderia ser a ausência da medida do monóxido de carbono exalado, uma medida biológica de tabagismo recente, de forma a não subestimar a prevalência dos tabagistas.

A prevalência encontrada de 18,7% de tabagistas, somada a 32,8% de ex-tabagistas e 46,7% de tabagistas passivos, demonstra o impacto e a importância do tabagismo no universo de pacientes hospitalizados, representando uma extraordinária oportunidade para a implementação de estratégias de cessação do hábito de fumar e de informação acerca dos riscos relacionados ao tabagismo passivo.

Ao comparar os resultados encontrados com os estudos de população geral, como o VIGITEL 2008¹⁴ e o PETab¹⁵, as prevalências mostraram-se semelhantes: 17,5% de tabagistas em Florianópolis de acordo com o VIGITEL e 17,1% de tabagistas para a população de Santa Catarina segundo o PETab. Ao comparar o presente trabalho com outros

dois estudos envolvendo pacientes internados em hospitais gerais, encontra-se uma concordância entre os resultados, que oscilam entre 11,5 e 22,6%.^{21,22,36}

O presente estudo estimou que 46,7% desta população era exposta passivamente à fumaça do cigarro. No trabalho de Tanni *et al.*,³⁶ que envolveu 186 pacientes hospitalizados na cidade de Botucatu/SP, observou-se que a maioria (76%) da população apresentava história de exposição passiva ao tabaco. O tabagismo passivo é frequentemente negligenciado e não abordado rotineiramente. A OMS¹³ afirma que, globalmente, cerca de um terço da população é tabagista passiva, e conclui que não há níveis seguros de exposição ao tabaco, ativa ou passivamente. Além disso, as atuais diretrizes ligadas ao tabagismo mostram que a população não reconhece a relação entre a exposição passiva à fumaça do cigarro e a ocorrência de doenças.

Ao analisar separadamente o tabagismo e o sexo, encontrou-se 29 tabagistas entre 104 pacientes masculinos hospitalizados (27,9% de fumantes) e 15 fumantes entre as 131 mulheres (11,5% de fumantes). Essas informações vão ao encontro dos estudos epidemiológicos nacionais: o estudo VIGITEL 2008¹⁴ afirma que 20,0% da população masculina e 15,3% da feminina em Florianópolis são fumantes, assim como o PETab,¹⁵ que indica uma prevalência de 22,3% para a população masculina e 15,9% para a feminina na região sul do Brasil.

Ao se comparar a população tabagista com a nunca tabagista encontrou-se, também, outros dados concordantes com os estudos nacionais como a escolaridade mais baixa (6,8% dos tabagistas referiram ter o ensino médio completo, contra 36,8% da população nunca fumante). A maior ingestão de bebidas alcoólicas na população fumante também já tem sido encontrada na literatura médica, há décadas.³⁷ Outro dado que diferiu, de forma estatisticamente significativa, entre as populações, foi o estado civil, com mais tabagistas solteiros e divorciados. Apesar de haver clara relação entre baixa renda per capita e maior prevalência de tabagismo¹⁵, no presente trabalho, esta associação não pôde ser observada. Tal fato pode ser atribuído ao instrumento de coleta, que perguntava a renda familiar sem questionar o tamanho da família, ou mesmo devido a uma característica da população geral dos hospitalizados no HU-UFSC que, por ser um hospital 100% público e gratuito, assiste a uma população de mais baixa classe social.

A idade média dos tabagistas hospitalizados foi de $45,7 \pm 15,2$ anos. Tal média foi a mais baixa encontrada entre os poucos estudos que avaliam o tabagismo intra-hospitalar (entre $51,3 \pm 16,8$ e 58 ± 17 anos)^{21,22,36} o que talvez seja explicado pela inclusão da unidade de obstetrícia no estudo, que é composta de jovens gestantes e puérperas. Ainda que seja uma

população de meia idade, ela já se mostra sofrendo os efeitos deletérios dos anos de tabagismo: 63,7% já tem comorbidades relacionadas ao tabaco e 81,9% tem, ao menos, um sintoma respiratório. Essa elevada prevalência de sintomas respiratórios contrasta com os dados do trabalho feito no HSPE-SP²¹ que mostrou que 58% dos pacientes tabagistas eram sintomáticos do ponto de vista respiratório, porcentagem menor, apesar de idade média mais avançada. O elevado percentual de comorbidades aqui encontrado difere de um estudo norte-americano³⁸ realizado em tabagistas hospitalizados que mostrou que 28% deles haviam sido diagnosticados com ao menos uma doença tabaco-relacionada. A discrepância de resultados poderia ser explicada pelo presente estudo ter abrangido mais doenças definidas por alguns autores como tabaco-relacionadas.^{33,38}

Quase metade (45,4%) dos pacientes tabagistas apresentava grau de dependência à nicotina elevado ou muito elevado. Grande proporção iniciou o tabagismo precocemente e fumava, na época da entrevista, uma mediana de 20 cigarros ao dia. Trata-se, assim, de uma população com características relacionadas ao insucesso da cessação tabágica, já que este é um grupo que sofre mais com a síndrome de abstinência e necessita de uma abordagem comportamental e medicamentosa mais efetiva, uma vez que pode apresentar elevado número de recaídas.³³ E isso foi claramente observado: 72,7% já haviam tentado parar de fumar e 71,9% deles não haviam utilizado recurso algum para ajudar na tentativa de cessação, quer tivesse sido psicológico ou medicamentoso.

Quase metade dos tabagistas foi hospitalizada por doenças tabaco-relacionadas, e a distribuição deles nas diversas unidades do hospital deu-se, com maior frequência, nas clínicas cirúrgicas, pneumologia, cardiologia e neurologia. As unidades de internação mais frequentadas pelos tabagistas coincidiram com as que se dedicam às comorbidades mais referidas pelos pacientes: insuficiência arterial periférica (cirurgia vascular), doença arterial coronariana (cardiologia), DPOC (pneumologia) e AVC/AIT (neurologia) (Figura 4). Esses achados sugerem que essas unidades devam ser incluídas, de modo prioritário, em futuro programa de abordagem de cessação do hábito de fumar, durante a internação.

A proporção de tabagistas internados no HU-UFSC que tinha consciência da associação entre o tabagismo e a sua causa de hospitalização foi alta (76,2%). Um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu³⁶ mostrou que apenas 44% dos seus pacientes percebiam tal associação. Há poucos estudos na literatura avaliando o conhecimento sobre tabagismo entre os fumantes hospitalizados. A diferença encontrada nessa pesquisa poderia ser explicada por viés metodológico ou por diferenças socioculturais entre as duas populações estudadas.

Até o momento da entrevista, 29,5% dos tabagistas referiram terem fumado durante a hospitalização. Dentre eles, 5% fumaram dentro do hospital e em seus quartos, locais que deveriam ser ambientes livres do tabaco. Os presentes dados concordam com o estudo de Rigotti *et al.*,³⁸ que envolveu 602 tabagistas hospitalizados, em que 25% dos pacientes fumaram durante a hospitalização e 4% fumaram dentro do hospital, sendo o banheiro o local preferido (71%). No estudo de Emmons *et al.*,³⁹ envolvendo 358 pacientes tabagistas hospitalizados, foi demonstrado que 24% fumaram durante a internação. Ambos ressaltam que o tempo de hospitalização e a síndrome de abstinência são fatores determinantes para que o paciente fume. Não se encontrou estudo brasileiro prévio que avaliasse a proporção de fumantes que mantivessem o hábito durante a internação.

Neste hospital, não há um local destinado e adequado para o fumo. A existência de “fumódromos” é um tema muito polêmico, pois pode proteger os não-fumantes da exposição passiva, mas, ao mesmo tempo, facilitar o ato de fumar durante a internação. Mais da metade (59,1%) dos tabagistas gostariam que houvesse um “fumódromo” dentro do hospital. Os motivos relatados variaram muito: querer um lugar específico para fumar, vergonha de sair do hospital para fumar e até mesmo por sentirem-se incomodados com a fumaça do cigarro de outros pacientes.

A prevalência da síndrome de abstinência entre os pacientes tabagistas foi de 29,5%. No entanto, analisando-se separadamente os tabagistas que efetivamente não fumaram durante a internação, a prevalência, na realidade, foi maior (41,9%). Os pacientes identificados como abstinentes não estavam recebendo tratamento para esta condição. Adotou-se como síndrome de abstinência a presença de pelo menos quatro sintomas, de acordo com a DSM-IV. Alguns trabalhos consideram, como definidor da síndrome de abstinência à nicotina, apenas a presença de um sintoma. Neste caso, o presente trabalho poderia estimar percentuais ainda mais elevados. Um estudo americano de grande base populacional³⁸ estimou que 89% dos tabagistas tiveram, ao menos, um sintoma de abstinência nas primeiras 48 horas de internação. Tal fato torna-se importante, pois a síndrome de abstinência é um fator dificultador na cessação do hábito de fumar, que deve ser identificada e tratada. Uma abordagem sistemática, durante a internação, facilitaria o sucesso da cessação tabágica, neste grupo expressivo de pacientes.

Apesar da hospitalização poder atuar como dificultadora para a cessação do tabagismo por gerar stress, insegurança e ansiedade no paciente, por outro lado, uma hospitalização pode funcionar como indutora da cessação, uma vez que torna o hábito de fumar mais difícil e permite uma reflexão do paciente sobre seus hábitos de vida. O fato de que 88,6% dos

pacientes terem relatado que gostariam de parar de fumar e que 72,7% aceitariam algum tipo de tratamento corrobora o conceito de que a internação é uma boa janela de oportunidade para iniciar a abordagem ao paciente tabagista visando a cessação do hábito de fumar.

Seja por estarem sensibilizados pela internação ou não, o fato é que 94,9% consideram a preocupação com a saúde atual e futura, como uma das principais razões para pararem de fumar. Não há dados brasileiros que possam ser comparados a estes resultados, no entanto este achado não deve ser desprezado, mas sim utilizado na abordagem comportamental e aconselhamento dos pacientes internados.

Mais dados que confirmam a hipótese de que a internação é um bom momento para iniciar-se a terapia da dependência à nicotina podem ser vistos na Figura 5. Antes da internação, 68,2% dos tabagistas encontrava-se em pré-contemplação ou contemplação, que são os estados motivacionais que mais se distanciam da cessação efetiva. Um estudo norte-americano,⁴⁰ valendo-se da população geral, pesquisou a distribuição das pessoas nos diferentes estágios motivacionais e encontrou que as pessoas dividem-se em: 40% no estágio de pré-contemplação, 40% contemplação e 20% preparação. O estágio ‘ação’ não foi levado em conta, pois o estudo envolveu apenas fumantes diários no momento da entrevista. Caso se exclua o estágio ação do presente estudo, a porcentagem de pacientes em pré-contemplação e contemplação, antes da internação, chegaria a 78,9%. Não obstante, durante a internação, 56,8% já se encontravam em preparação ou ação, estados motivacionais significativamente mais próximos à cessação. Alguns pacientes tabagistas já se encontravam em ação antes da internação, ou seja, eram classificados no grupo de fumantes apenas por não terem completado 30 dias de abstinência. Após a hospitalização este número aumentou significativamente: 250%. Os resultados do presente trabalho identificam a internação como um fator de mudança do estado motivacional em relação ao tabagismo, caracterizando esta população como mais próxima à mudança da condição de tabagista.

Em síntese, a presente investigação apresenta o tabagismo como uma questão prevalente também durante a internação e que frequentemente é negligenciada. Ainda que alguns médicos e outros profissionais de saúde questionem acerca do hábito de fumar durante a hospitalização, sabe-se que, à semelhança de outras unidades de saúde, uma abordagem dirigida ao tratamento da dependência à nicotina também não faz parte da rotina do HU-UFSC. Justamente pela população de tabagistas hospitalizados ser altamente dependente, com alta carga-tabágica, idade de início na juventude e com grande quantidade de cigarros fumados ao dia, ela necessita de uma abordagem intensiva, mais sistematizada, já durante a internação, de forma que a cessação seja iniciada e bem sucedida. No sentido de otimizar esta

abordagem, torna-se necessário o desenvolvimento de um amplo programa na instituição, com estratégias dirigidas aos pacientes tabagistas dedicando especial atenção aos internados e que estas se estendessem após a alta hospitalar,²⁷ de forma a garantir a manutenção da abstinência ao tabaco. Os achados descritos sugerem ainda a necessidade de futuros e mais bem detalhados estudos nesta área de concentração.

6 CONCLUSÕES

1. A prevalência de tabagistas hospitalizados do HU-UFSC foi semelhante à da população geral e a dos poucos estudos brasileiros envolvendo este tipo de população;
2. A prevalência de tabagistas passivos foi expressiva;
3. A maioria dos tabagistas iniciou o fumo na adolescência, consumiu uma carga elevada de cigarros e tinha elevada dependência à nicotina;
4. Dois terços tentaram parar de fumar previamente, sendo que a grande maioria não utilizou recurso algum;
5. Apesar da meia idade, já apresentavam sintomas respiratórios e a maioria já apresentava alguma comorbidade tabaco relacionada;
6. Quase metade dos tabagistas internou por doenças tabaco-relacionadas e boa parte tinha boa percepção da relação entre a sua atual internação e o tabagismo;
7. Cerca de um terço fumou durante a internação e, dos que não fumaram, 41,9% tiveram síndrome de abstinência e não receberam tratamento;
8. A grande maioria gostaria de parar de fumar e aceitaria receber tratamento durante a internação;
9. A hospitalização fez com que os tabagistas se sentissem mais motivados a cessar o hábito de fumar;
10. Seria necessário um programa com estratégias dirigidas aos pacientes tabagistas internados de forma a garantir a manutenção da abstinência ao tabaco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cristóbal C. Relaciones y Cartas de Cristóbal Colón [Internet] Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Cap 1, Relación del primer viaje del descubrimiento; [acesso em 2010 Set 22]; p. 1-183. Disponível em:
<http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01383853166915529202802/index.htm>.
2. James I. A Counterblast to Tobacco [Internet] Edição virtual facsímile; [acesso em 2010 Set 22]. Disponível em:
<http://books.google.co.uk/books?id=EasUAAAAYAAJ&ots=QUI7WbcKAZ&dq=a%20counterblast%20to%20tobacco&pg=PT6#v=onepage&q&f=false>
3. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. Br Med J. 1950;2:739-48
4. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. Br Med J. 1954;4:1451-5.
5. Boffeta P, Tubiana M, Hill C, et al. The causes of cancer in France. Ann Oncol. 2009; 20:550-5.
6. Njolstad I, Arnesen, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study. Circulation. 1996;93(3):450-6.
7. Philip A, Wolf MD, Ralph B, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke - the Framingham study. JAMA. 1988;259(7):1025-9.
8. Fiel S. Chronic obstructive pulmonary disease mortality and mortality reduction. Drugs. 1996;52:55-61.
9. Mackay J, Eriksen MP. The Tobacco Atlas [Internet]. Geneva: World Health Organization [Acesso em 2010 Set 22]. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562099.pdf>.
10. Ramos APO, Studart FS. Tabagismo. In: Lopes AC, José FF, Lopes RD. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar – clínica médica. São Paulo: Manole; 2007. p. 295-304.
11. Organização Mundial de Saúde. CID 10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2000.
12. Associação Americana de Psiquiatria. DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: ARTMED, 2002.
13. World Health Organization. Report on the global Tobacco Epidemic 2009: implementing smoke-free environments [Internet]. Geneva: World Health Organization

[acesso em 2010 Set 22]. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf.

14. Malta DC, Moura EC, Silva SA, et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, 2008. *J Bras Pneumol*. 2010;36(1):75-83.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios: tabagismo – 2008 [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [acesso em 2010 Set 22]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad_tabagismo.pdf.
16. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ*. 2007;85(7):527-34.
17. World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: policy recommendations [homepage na internet]. Genebra: World Health Organization [acesso em 2010 Set 22]. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf.
18. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have higher risk of lung cancer: a study from Japan. *BR Med J*. 1981;282:183-5.
19. World Health Organization. Report on the global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER package [Internet]. Genebra: World Health Organization [acesso em 2010 Set 22]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf.
20. Pereira LFF. Abordagem de pacientes hospitalizados. In: Viegas CAA, editor. *Tabagismo – do diagnóstico à saúde pública*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 278-84.
21. Oliveira MVC, Oliveira TR, Pereira CAC, et al. Tabagismo em pacientes internados em um hospital geral. *J Bras Pneumol*. 2008;34(11):936-41.
22. Santos UB, Calil TO, Bevilacqua EB, et al. Prevalência de tabagismo entre diversas enfermarias de hospital terciário. 13º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia; 2009 Nov 19-22; São Paulo. São Paulo: Pneumologia paulista; 2009.
23. Prado GF, Crenitte MRF, Oliveira CMTN, et al. Prevalência de tabagismo entre pacientes internados em hospital terciário e percepção do paciente sobre a ABO. 13º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia; 2009 Nov 19-22; São Paulo. São Paulo: Pneumologia paulista; 2009.
24. Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé. Conférence de consensus - arrêt de la consommation du tabac. [Internet]. Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé; [Acesso em 2010 Out 7]. Disponível em: www.tabac-info-service.fr/data/pdf/conference-ANAES.pdf.
25. Goodman MJ, Nadkarni M, Schorling JB. The natural history of smoking cessation among medical patients in a smoke-free hospital. *Subs Abus*. 1998;19:71-9.

26. McKee M, Gilmore A, Novotny TE. Smoke-free hospitals: an achievable objective bringing benefits for patients and staff. *Br Med J*. 2003;326:941-2.
27. Rigotti NA, Mufano MR, Murphy MF, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;1: CD001837.
28. Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window of opportunity for cessation interventions. *Prev Med*. 1992;21(2):262-9.
29. Pereira LF. Abordagem de grupos especiais: pacientes hospitalizados. *J Bras Pneumol*. 2004;30 Suppl 2:S62-4.
30. Mufano M, Rigotti N, Lancaster T, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *Thorax*. 2001;56:656-63.
31. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:390-5
32. World Health Organization. Report on the global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER package [Internet]. Geneva: World Health Organization [acesso em 2010 Set 22]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
33. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004;30(Suppl2):S3-S76.
34. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978; 3(34):235-41.
35. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993;88(8):1127-35
36. Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, et al. Avaliação do conhecimento sobre tabagismo em pacientes internados. *J Bras Pneumol*. 2010;36(2):218-23.
37. Chaieb JA, Castellarin C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(3):246-54.
38. Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, Wood-Reid KM, Pasternak RC, Singer DE. Smoking by patients in a smoke-free hospital: prevalence, predictors, and implications. *Prev Med*. 2000;31(2 Pt 1):159-66.
39. Emmons KM, Cargill BR, Hecht J, et al. Characteristics of patients adhering to a hospital's no-smoking policy. *Preventive Medicine*. 1998;27:846-53
40. Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO, et al. Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*. 1995;24:401-11.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

APÊNDICE 1



Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Clínica Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Rafael Balsini Barreto, acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “TABAGISMO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS NO HU – UFSC”, sob orientação da Profª. Drª. Leila Steidle. Esse estudo, que será parte de Trabalho de Conclusão do referido curso de graduação, tem por objetivo descobrir a quantidade e as características de fumantes e ex-fumantes internados no HU-UFSC.

Para tanto, solicitamos sua participação nesta pesquisa que será desenvolvida no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Os dados serão coletados através de entrevista com questionário estruturado.

Aqueles que consentirem em participar desta pesquisa, é garantido, a qualquer momento, o esclarecimento sobre a pesquisa e a liberdade de desistir sem qualquer prejuízo, bem como o sigilo de seus dados pessoais

Em caso de dúvida, entrar em contato com Profª. Drª. Leila Steidle pelo telefone (48) 99697962.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima e concordo em participar dela voluntariamente.

Florianópolis, _____ de _____ de 2010.

Assinatura: _____ ou impressão digital _____

Nota: Esse documento será assinado em duas vias, ficando uma de posse das pesquisadoras e outra do (a) participante da pesquisa.

Nome por extenso de quem aplicou o TCLE

Data:

Assinatura:

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – TABAGISMO

(1)QUESTIONÁRIO Nº _____

(2) Iniciais: ____ (3) Clínica de internação _____

(4) Número de internações anteriores _____

(5)Diagnóstico inicial _____

(6)Profissão _____

Procedência: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS/HÁBITOS DE VIDA

7) Idade (em anos completos).	7)
8) Sexo: 1-Feminino. 2-Masculino.	8)
9) Estado civil:1-Solteiro. 2-Casado/co-habitando. 3-Viúvo. 4-Separado/divorciado. 5-Outros.	9)
10) Como você define sua cor? 1-Branca. 2-Preta. 3-Parda. 4-Amarela. 5-Indígena.	10)
11) Peso: _____ kg Altura: _____ m Valor do IMC (em Kg/m ²): 1-Abaixo do peso (IMC<18,5). 2-Peso normal (18,5-24,9). 3-Pré-obesidade (25,0-29,9). 4-Obesidade grau I (30,0-34,9). 5-Obesidade grau II (35-39,9). 6-Obesidade grau III (=ou>40,0).	11)
12) Quantos copos de água você ingere por dia (copo de requeijão=250ml)?	12)
13) Como é o seu sono? 1-Tranquilo. 2-Agitado. 3-Insônia.	13)
14) Quantas vezes por semana você pratica atividades físicas (por pelo menos 10min seguidos)?	14)
15) Você costuma ingerir bebidas alcoólicas? 1-Não. 2-Sim.	15)
16) Quantas unidades de álcool por semana? 350mL cerveja 1,7U; 50mL uísque 2U; 175mL vinho 1,7U.	16)

SOCIOECONÔMICO

17) Qual seu grau de escolaridade? 1-Analfabeto/Ensino fundamental incompleto. 2-Ensino fundamental completo. 3-Ensino médio completo. 4-Ensino superior incompleto. 5-Ensino superior completo. 6-Mestrado/doutorado.	17)
18) Qual a renda mensal total da sua família (em número de salários mínimos)?	18)

TABAGISMO

19) Você fuma? 1-Não fumante. 2-Fumante. 3-Ex-fumante. Obs.: Fumante: consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por período não inferior a um mês ou aquele que cessou o hábito de fumar há menos de um mês. Ex-fumante: abandonou o cigarro por um espaço de tempo superior a um mês.	19)
20) Você gostaria que existisse um fumódromo no seu local de trabalho ou no hospital? 1-Não. 2-Sim.	20)
21) Alguém em sua casa/trabalho fuma na sua presença ou no mesmo local que você frequenta? 1-Não 2-Sim.	21)

22) Com qual idade iniciou?	22)
23) Há quanto tempo fuma (anos)?	23)
24) Há quanto tempo parou (em anos)?	24)
25) Por quantos anos fumou?	25)
26) Quantos cigarros por dia atualmente?	26)
27) Carga tabágica (calcular em anos-maço).	27)
28) Faz uso de algum outro produto fumígeno? 1-Não. 2-Cigarilhas. 3-Charutos. 4-Cachimbos. 5-Cigarro de palha. 6-Narguile. 7-Outras. Quais?	28)
29) Quantos dias por semana?	29)
30) Em caso de palheiro, há quanto tempo fuma?	30)
31) Em caso de palheiro, quantos por dia?	31)
32) Em caso de palheiro, carga tabágica (calcular em anos-maço)	32)
33) Porque iniciou o fumo? 1-Influência de familiares. 2-Influência de amigos. 3-Influência de colegas de trabalho. 4-Tentativa de aliviar o estresse do cotidiano. 5-Não sabe informar. 6-Outros. Qual motivo?	33)
34) Já tentou parar de fumar? 1-Não. 2-Sim.	34)
35) Mulheres que já engravidaram:Você parou de fumar durante a gestação?1-Não.2-Sim.	35)
36) Você utilizou algum recurso para deixar/tentar deixar de fumar? 1-Nenhum. 2-Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais. 3-Apoio de profissional da saúde. 4-Grupos de apoio. 5-Medicamento. Qual? 5-Outros. Qual?	36)
37) Qual dos recursos acima você acredita ter realmente colaborado para a cessação?	37)
38) Você gostaria de parar de fumar? 1-Não. 2-Sim.	38)
39) Em que estado encontra-se hoje: 1-Pré-contemplação. 2-Contemplação. 3-Preparação. 4-Ação. 5-Manutenção.	39)
40) Antes da internação, em que fase você encontrava-se? 1-Pré-contemplação. 2-Contemplação. 3-Preparação. 4-Ação. 5-Manutenção.	40)
41) Aceitaria tratamento para deixar de fumar?	41)
42) Por que você deixou/quer deixar de fumar?	42) (Segue abaixo)
A) Porque está preocupado com sua saúde. 1-Não. 2-Sim.	A)
B) Porque não gosta de ser dependente. 1-Não. 2-Sim.	B)
C) Outras pessoas estão lhe pressionando. 1-Não. 2-Sim.	C)
D) Fumar é anti-social. 1-Não. 2-Sim.	D)
E) Gestação. 1-Não. 2-Sim.	E)
F) Pelo bem-estar da sua família. 1-Não. 2-Sim.	F)
G) Porque gasta muito dinheiro com cigarro. 1-Não. 2-Sim.	G)
H) Está preocupado com sua saúde no futuro. 1-Não. 2-Sim.	H)
I) Fumar é um mau exemplo para os filhos. 1-Não. 2-Sim.	I)
J) Porque seus filhos pedem. 1-Não. 2-Sim.	J)
K) Devido às restrições de fumar em ambientes fechados. 1-Não. 2-Sim.	K)
43) O que você considera como um fator que dificulta a cessação?	43) (Segue abaixo)

A) Medo de engordar. 1-Não. 2-Sim.	A)
B) Medo dos sintomas de abstinência. 1-Não. 2-Sim.	B)
C) Presença de pessoas que fumam em sua casa/ambiente de trabalho/grupo de amigos. 1-Não. 2-Sim.	C)
D) Acha que o cigarro não faz mal. 1-Não. 2-Sim.	D)
E) Acha o cigarro muito prazeroso. 1-Não. 2-Sim.	E)
F) Outros. 1-Não. 2-Sim. Quais?	F)
44) Você acha que o cigarro tem relação com alguma das suas doenças? 1-Não. 2-Sim.	44)
45) Você acha que o cigarro tem relação com a sua atual internação? 1-Não. 2-Sim.	45)
46) Há quantos dias você não fuma?	46)
47) Você fumou alguma vez desde que foi internado? Onde? (escreva abaixo)	47)

SINAIS E SINTOMAS (No último ano, não associados a resfriado ou gripe)

48) Dispnéia. 1-Não. 2-Sim.	48)
49) Falta de fôlego. 1-Não. 2-Sim.	49)
50) Dor de garganta. 1-Não. 2-Sim.	50)
51) Chiado. 1-Não. 2-Sim.	51)
52) Cansaço ao falar. 1-Não. 2-Sim.	52)
53) Dor no peito. 1-Não. 2-Sim.	53)
54) Tosse seca. 1-Não. 2-Sim.	54)
55) Tosse produtiva. 1-Não. 2-Sim.	55)
56) Aftas, lesões ou sangramentos na boca. 1-Não. 2-Sim.	56)

SINAIS E SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA DE NICOTINA

57) Irritabilidade. 1-Não. 2-Sim.	57)
58) Ansiedade. 1-Não. 2-Sim.	58)
59) Depressão. 1-Não. 2-Sim.	59)
60) Diminuição da concentração. 1-Não. 2-Sim.	60)
61) Inquietação. 1-Não. 2-Sim.	61)
62) Insônia/Hipersônia. 1-Não. 2-Sim.	62)
63) Frequência cardíaca diminuída. 1-Não. 2-Sim.	63)
64) Aumento do apetite ou ganho de peso. 1-Não. 2-Sim.	64)
65) Apresenta síndrome de abstinência? 1-Não. 2-Sim. Obs.: Ao menos 4 dos seguintes sinais, associados a prejuízo clínico ou social, não relacionados com outras doenças.	65)

COMORBIDADES

66) Doença pulmonar intersticial? 1-Não. 2-Sim.	66)
67) Varizes/trombose. 1-Não. 2-Sim.	67)
68) Gastrite, úlceras. 1-Não. 2-Sim.	68)
69) Doença coronariana? 1-Não. 2-Sim.	69)
70) AIT/AVE. 1-Não. 2-Sim.	70)
71) Alguma lesão ou tumor maligno. 1-Não. 2-Sim. Onde?	71)
72) DPOC? 1-Não. 2-Sim.	72)
73) Asma? 1-Não. 2-Sim.	73)
74) Como foi o diagnóstico? 1-Clínico. 2-Espirométrico.	74)
75) Problemas cardíacos. 1-Não. 2-Sim. Qual?	75)

76) Insuficiência arterial periférica. 1-Não. 2-Sim.	76)
77) Pressão alta. 1-Não. 2-Sim.	77)
78) Diabetes. 1-Não. 2-Sim.	78)
79) Doença psiquiátrica em tratamento medicamentoso? 1-Não. 2-Sim.	79)
80) Outras. 1-Não. 2-Sim. Quais?	80)


TESTE DE FAGERSTRÖM

81) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? 0-Após 60 minutos. 1-Entre 31 e 60 minutos. 2-Entre 6 e 30 minutos. 3- Dentro de 5 minutos.	81)
82) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc? 0-Não. 1-Sim.	82)
83) Qual cigarro do dia que traz mais satisfação? 1-O primeiro da manhã. 0-Outros.	83)
84) Quantos cigarros você fuma por dia? 0-Menos de 10. 1-De 11 a 20. 2-De 21 a 30. 3-Mais de 31.	84)
85) Você fuma mais freqüentemente pela manhã? 0-Não. 1-Sim.	85)
86) Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? 0-Não. 1-Sim.	86)
87) Grau de dependência: 1- 0-2 = muito baixo. 2- 3-4 = baixo. 3- 5 = médio. 4- 6-7 = elevado. 5- 8-10 = muito elevado.	87)

Entrevistador:

Data:

APÊNDICE 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 720

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 720 **FR:** 329716

TÍTULO: Tabagismo em pacientes hospitalizados no Hospital Universitário - UFSC

AUTOR: Leila Joh Marques Steidle, Mariângela Pimentel Pincelli, Rafael Balsini Barreto

FLORIANÓPOLIS, 26 de Abril de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC

